

II.4.4. Dostępność działań z zakresu promocji zdrowia dla osób starszych

Katarzyna Szczerbińska, Krystyna Kinga Stanach-Pajerska

W analizowanym okresie (1990–2003) zdecydowanie zwiększyła się liczba programów z zakresu promocji zdrowia. Opisane powyżej działania to tylko wybrane przykłady aktywności podejmowanych w tej dziedzinie przez różne podmioty, m.in.:

- administrację rządową (Ministerstwo Zdrowia i Centra Zdrowia Publicznego),
- administrację samorządową (samorządy powiatowe i gminne),
- kasy chorych (obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia),
- stacje sanitarno-epidemiologiczne,
- zakłady opieki zdrowotnej (placówki podstawowej i specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, szpitale, kliniki),
- stowarzyszenia i fundacje (np. Stowarzyszenie Zdrowych Miast Polskich, Fundacja „Promocja Zdrowia”),
- organizacje zrzeszające pacjentów (np. amazonki),
- organizacje pozarządowe: CARITAS, Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej, Fundację „Pro Humana Vita”, Polski Związek Emerytów i Rencistów, Stowarzyszenie Oświaty Wsi, Stowarzyszenie Kultury Fizycznej,
- kluby sportowe, ośrodki kultury, parafie, szkoły itp.

Na poziomie krajowym prowadzone były zarówno kompleksowe programy, jak i promujące zdrowie działania w formie akcji i kampanii. Wśród nich dominowały programy finansowane przez Ministerstwo Zdrowia. Koordynatorami tych akcji (wyłonionymi w drodze konkursu) od lat są instytuty naukowo-

-badawcze, np. Instytut Kardiologii, Instytut Onkologiczny, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc. W kampanie informacyjne dotyczące tych działań zwykle włączają się media krajowe: telewizja, prasa, radio. Dotyczą one szerokich grup społecznych, a ludzie starsi zwykle są jednymi z wielu odbiorców tych treści i adresatów prowadzonych działań.

Na poziomie lokalnym (wojewódzkim) w omawianym okresie dominowały programy finansowane przez kasy chorych (obecnie NFZ). Głównie obejmowały one:

- badania profilaktyczne w zakresie chorób nowotworowych, układu krążenia i cukrzycy (obejmujące m.in.: oznaczenie poziomu cholesterolu, trójglicerydów, glukozy we krwi, BMI⁸, mammografię, cytologię, badanie gruczołu krokowego, kolonoskopię, pomiary ciśnienia tętniczego, EKG) oraz w kierunku wykrywania najczęstszych nowotworów: oskrzeli, płuc, piersi, szyjki macicy, gruczołu krokowego, jelita grubego;
- szczepienia profilaktyczne, np. przeciw grypie i wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (np. w ramach żółtego tygodnia).

Łącznie z tymi zadaniami prowadzone były działania edukacyjne, m.in. w formie konferencji, spotkań, kampanii informacyjnych, rozdawnictwa ulotek i publikacji o tematyce zdrowotnej. Organizowano imprezy prozdrowotne, rekreacyjno-sportowe, festyny rodzinne, folklorystyczne, turystyczno-krajoznawcze, które miały zachęcać do większego uczestnictwa.

W gminach i powiatach wzrosła liczba programów promocji zdrowia realizowanych dla społeczności lokalnych, finansowanych przez samorządy lokalne (m.in. władze miasta) i instytucje pozarządowe. Należy zauważyć, że na poziomie lokalnym częściej pojawiały się działania skierowane do ludzi starszych. Osoby powyżej 60. roku życia najczęściej korzystały z programów:

- zwiększenia aktywności fizycznej,
- poprawy sposobu żywienia,
- ograniczenia palenia tytoniu,
- zmniejszenia spożycia alkoholu i szkód zdrowotnych nim wywołanych,
- promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania występowaniu zaburzeń psychicznych,
- diagnostyki i zwiększenia skuteczności leczenia chorób układu krążenia i nowotworów,
- zwiększenia skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym.

W niektórych kasach chorych prowadzono także specjalne programy promocji zdrowia dla osób starszych, np. w Dolnośląskiej Kasie Chorych – „Aktywny sprawny senior”, a w Mazowieckiej Kasie Chorych – „Program profilaktyki udarów mózgowych”. Należy jednak stwierdzić, że dotychczasowe działania nie wypełniają całego zakresu promocji zdrowia, który powinien być realizowany w odniesieniu do tej populacji.

⁸ BMI (ang. *Body Mass Index*) – indeks masy ciała.

Zasadniczo, działania w zakresie promocji zdrowia zalecane w przypadku ludzi w wieku podeszłym powiązane są z kompleksową oceną geriatryczną i powinny obejmować [Patterson, 2003]:

- 1 – w ramach prewencji pierwotnej (zmierzającej do zapobiegania utracie zdrowia):
 - zachęcanie do rzucenia nałogu palenia tytoniu,
 - zalecanie diety dostosowanej do stanu zdrowia,
 - zalecanie ćwiczeń aerobowych (przynajmniej 30–60 minut dziennie),
 - odradzanie kierowania samochodem w przypadku poważnej niesprawności,
 - wykonywanie szczepień przeciw grypie, wirusowemu zapaleniu wątroby, pneumokokowemu zapaleniu płuc oraz tężcowi;
- 2 – w ramach prewencji wtórnej (polegającej na wczesnym wykrywaniu stanów chorobowych w celu powstrzymania rozwoju choroby):
 - regularny pomiar ciśnienia tętniczego krwi,
 - stosowanie antykoagulantów w przypadku rozpoznanego migotania przedsionków serca,
 - wykonywanie mammografii,
 - badanie cytologiczne szyjki macicy,
 - badanie stolca na krew utajoną (raz do roku),
 - badanie słuchu (lekarskie i audiologiczne),
 - badanie wzroku,
 - badanie chodu i ryzyka upadków,
 - badanie skłonności do nadużywania alkoholu;
- 3 – w ramach prewencji III-rzędowej (polegającej na diagnozowaniu schorzeń, by zapobiec ich skutkom bądź je zminimalizować) systematycznie powtarzane badania:
 - antygenu PSA u mężczyzn po 55. r.ż. oraz palpacyjne prostaty,
 - palpacyjne piersi,
 - brzucha w kierunku tętniaka aorty,
 - funkcji poznawczych,
 - w kierunku depresji,
 - glukozy we krwi (raz do roku),
 - cholesterolu we krwi, zwłaszcza w przypadku wcześniej stwierdzanego podwyższonego poziomu.

Na podstawie przedstawionych powyżej programów można stwierdzić, że w Polsce część prowadzonych działań z zakresu promocji zdrowia jest adresowana również do osób starszych. Jednak w ramach tych programów nie wszystkie z wymienionych zaleceń są realizowane.

Kolejnym zagadnieniem jest problem uczestnictwa osób starszych w różnego rodzaju programach z zakresu promocji zdrowia. Ludzie w starszym wieku zbyt rzadko podejmują działania na rzecz zachowania zdrowia, zwykle prezentują bierny (charakteryzujący się niską aktywnością fizyczną) tryb życia [Kardas, Ratajczyk-Pakalska, 2001, s. 52–58]. Co prawda, w grupie ludzi starszych mniej

osób niż w młodszych grupach wiekowych pozostaje pod wpływem nałogów, nadal jednak wiele z nich (ok. 31,2% mężczyzn i 14,6% kobiet w wieku 65 lat) pali papierosy [Tobiasz-Adamczyk, Brzyski, Bajka, 2004, s. 89]. Zbyt mała liczba osób poddaje się działaniom zapobiegawczym, np. szczepieniom przeciw grypie [Kardas, Ratajczyk-Pakalska, 2002a]. Ludzie starsi nieczęsto korzystają z oferowanych społeczeństwu programów w tej dziedzinie, o czym może świadczyć choćby niewielki ich udział w badaniach profilaktycznych. Potwierdzeniem tego są wyniki badań przeprowadzonych w 2000 roku przez B. Tobiasz-Adamczyk i współpracowników, w których wykazano, że w ciągu roku jedynie około 21,6% kobiet w wieku powyżej 65 lat poddało się kontrolnym badaniom ginekologicznym, 35,6% potwierdziło wykonywanie regularnej samokontroli piersi, a 28,9% wykonało badania cytologiczne. Około dwóch trzecich badanych starszych kobiet nigdy nie poddało się badaniom mammograficznym i USG piersi (tabela II.4.2) [Tobiasz-Adamczyk, Brzyski, Bajka, 2004, s. 67].

Tabela II.4.2

Częstość korzystania z badań profilaktycznych przez kobiety w wieku powyżej 65 lat w Polsce

Rodzaj badania	Liczba kobiet wykonujących badania	
	Co najmniej raz w roku	Nigdy
Badanie ginekologiczne	21,6%	10,3%
Badanie cytologiczne	28,9%	15,0%
Samobadanie piersi	35,6%	23,0%
USG piersi	–	65,7%
Mammografia	–	60,9%

Źródło: Tobiasz-Adamczyk, Brzyski, Bajka, 2004, s. 67

Przedstawione wyniki należy rozpatrywać na tle innych badań zachowań zdrowotnych ogółu populacji, w których wykazano generalnie rzadszy udział Polaków w wizytach kontrolnych i badaniach profilaktycznych w stosunku do korzystania ze świadczeń o charakterze terapeutycznym. Dotyczy to zwłaszcza badań mammograficznych, cytologii szyjki macicy, poziomu cholesterolu we krwi, profilaktycznych porad lekarskich i wizyt kontrolnych u stomatologa [Ostrowska, 1999, s. 90–98].

Spośród krajów Unii Europejskiej największą skuteczność programów z zakresu promocji zdrowia obserwuje się w Danii, gdzie badania cytologiczne wykonuje zdecydowanie więcej, bo 58,1% kobiet powyżej 65. r.ż., samobadanie piersi 62,8% kobiet powyżej 60. r.ż., a mammografię 54,7% kobiet w wieku 60–69 lat) [Tobiasz-Adamczyk, Brzyski, Bajka, 2004, s. 67].

W Polsce jedną z przyczyn małego uczestnictwa osób starszych w programach z zakresu promocji zdrowia prawdopodobnie jest ich niedoinformowanie oraz niska świadomość znaczenia tego typu działań dla zdrowia w wieku podeszłym. W porównaniu z latami dziewięćdziesiątymi informacja o programach i akcjach promujących zdrowie jest obecnie bardziej dostępna dla społeczności lokalnych dzięki wykorzystaniu nie tylko mediów lokalnych, ale również innych

form ogłoszeń (na osiedlach, w parafiach, zakładach opieki zdrowotnej), zlokalizowanych blisko miejsca zamieszkania. Do wielu z tych akcji włącza się społeczność lokalną, co generalnie poprawiło przepływ informacji. W opinii ekspertów zaproszonych do programu CLESA rozumienie idei promocji zdrowia, jak również stopień poinformowania osób starszych o programach nadal jednak jest niski (patrz załączniki 4 i 5).

Inną barierą w uczestniczeniu osób starszych w promocji zdrowia może być konieczność ponoszenia kosztów badań profilaktycznych. Należy stwierdzić, że w Polsce w zasadzie wszyscy mają wolny dostęp do świadczeń promocji zdrowia realizowanych w ramach szeroko zakrojonych kampanii. Najczęściej uczestnictwo w tych programach jest bezpłatne lub – jak w przypadku szczepień przeciwko wirusowi HBV (wzw typu B) i grypy – potrzebny jest niewielki własny wkład finansowy. Dla wielu ludzi programy promocji zdrowia są więc szansą na bezpłatne skorzystanie z trudno dostępnych porad specjalistów oraz badań diagnostycznych. W ramach kampanii również bezpłatnie rozpowszechniana jest informacja o czynnikach ryzyka, a działania edukacyjne wzmacniane są przez udział znanych i szanowanych osób, np. lekarzy, artystów, polityków, którzy swoim autorytetem i przykładem zachęcają do większej troski o zdrowie. Należy jednak zaznaczyć, że poza okresem kampanii dostęp do badań profilaktycznych bywa utrudniony w związku z koniecznością ponoszenia pełnych kosztów wielu z badań lub trudnością w uzyskaniu skierowania od lekarza (np. na badanie mammograficzne, oznaczenie antygenu PSA, densytometrię).

Innym zagadnieniem jest kwestia jakości realizowanych programów. Ich efekty zwykle mierzone są między innymi poprzez badanie opinii społecznej, określenie liczby przeprowadzonych konsultacji, wykonanych badań laboratoryjnych i diagnostycznych, liczby uczestników festynów i imprez oraz przez analizę reakcji mediów. W świetle omówionych w rozdziale (II.4.1.) zasad pomiaru jakości programów z zakresu promocji zdrowia stosowane dotąd wskaźniki nie pozwalają na pełną ocenę skuteczności tych działań, nie tylko w odniesieniu do osób starszych.

Reasumując dotychczasowe rozważania, należy podkreślić, że zgodnie z wytycznymi WHO promocja zdrowia osób starszych jest rozumiana znacznie szerzej, jako budowanie strategii ukierunkowanych na działania:

- zmierzające do zachowania i zwiększania wydolności funkcjonalnej w zakresie sprawności fizycznej i intelektualnej;
- edukacyjne: zwiększające dbałość o własne zdrowie zarówno zdrowych osób starszych, jak również przewlekle chorych i niepełnosprawnych;
- stymulujące integrację społeczną, w tym aktywizację ludzi w wieku podeszłym i większe włączanie ich w życie społeczne oraz pobudzanie środowisk lokalnych do samoorganizacji, również na rzecz realizacji potrzeb osób starszych [Badura, Kickbusch, 1991].

Szerokie podejście do promocji zdrowia osób starszych w praktyce oznacza konieczność prowadzenia zintegrowanych działań, które wychodziłyby poza pojęcie zapobiegania chorobom i wczesnego ich wykrywania oraz obejmowały

jak największą zbiorowość osób starszych, w celu zwiększania ich samodzielności i uczestnictwa w życiu społecznym. Działania te muszą być dostosowane do stanu zdrowia ludzi w wieku podeszłym, zależnie od stopnia nasilania się problemów zdrowotnych i niepełnosprawności. Ponadto powinny uwzględniać możliwości percepcji człowieka w starszym wieku oraz inne bariery utrudniające proces edukacji. W świetle przedstawionych informacji należy stwierdzić, że w Polsce dotychczasowe działania w dziedzinie promocji zdrowia osób starszych miały ograniczony charakter, często zawężając zakres do zagadnień związanych bezpośrednio z zapobieganiem określonym chorobom oraz do form obejmujących informowanie i badania profilaktyczne. Działania te wymagają zatem zdecydowanego poszerzania wachlarza tematycznego (np. w kierunku większej integracji społecznej i poprawy sprawności osób starszych) oraz wprowadzania różnych form oddziaływania.

Podsumowując, należy podkreślić, że dostępność działań z zakresu promocji zdrowia dla osób starszych rozpatrywana w kontekście liczby, zakresu i jakości programów oraz stopnia uczestnictwa w nich ludzi w wieku podeszłym jest ograniczona. Przyczyn niskiego uczestnictwa tych osób we wspomnianych programach należy upatrywać w niedoinformowaniu, nieuświadomieniu znaczenia tego typu działań dla zachowania zdrowia w starości oraz konieczności ponoszenia kosztów niektórych badań. Te zagadnienia wymagają jednak dalszych badań.

II.4.5. Wnioski i rekomendacje

Wnioski

1. Szczegółowe dane na temat działań w zakresie promocji zdrowia prowadzonych w latach 1990–1999 nie są dostępne.
2. Nie ma rejestru liczby uczestników programów i świadczeń promocji zdrowia udzielonych ludziom starszym.
3. Opis działań w zakresie promocji zdrowia kierowanych do osób starszych nasyca dużo trudności, ponieważ w sprawozdaniach dotyczących programów nie uwzględnia się kryterium wieku.
4. Podejmowane w Polsce działania z zakresu promocji zdrowia adresowane są głównie do populacji dzieci, młodzieży oraz osób w wieku produkcyjnym, a zdecydowanie rzadziej bezpośrednio do osób starszych.
5. Należy jednak stwierdzić, że przyjęcie Narodowego Programu Zdrowia przyspieszyło ogólny rozwój działań z zakresu promocji zdrowia na poziomach krajowym, regionalnym i lokalnym.
6. Uzyskanie przez władze samorządowe swobody w kreowaniu miejscowej polityki zdrowotnej spowodowało wzrost aktywności środowisk lokalnych w działaniach na rzecz zdrowia.

7. Informowanie ludzi o planowanych programach promocji zdrowia wprawdzie uległo poprawie, jednak nadal świadomość osób starszych odnośnie do zapobiegania stanom chorobowym i sposobów dbania o własne zdrowie jest niewielka, o czym świadczy niskie ich uczestnictwo w badaniach profilaktycznych, pomimo rosnącej liczby masowych kampanii zdrowotnych.

Rekomendacje

W celu poprawy uczestnictwa osób starszych w programach promocji zdrowia należałoby:

1. Prowadzić działania uświadamiające znaczenie i sposoby dbania o zdrowie w okresie starości.

2. Poprawić sposób informowania osób starszych o organizowanych dla nich programach promocji zdrowia.

3. Zwiększyć ofertę programów promocji zdrowia dla osób starszych, uwzględniających priorytetowe kierunki działania w tym zakresie oraz różne formy oddziaływania.

4. Przygotować personel do planowania, prowadzenia i oceny programów promocji zdrowia poprzez szkolenie potencjalnych organizatorów programów i pracowników medycznych.

5. Wspierać realizację projektów promocji zdrowia opartych na podejściu siedliskowym; programy te mają większą szansę na spełnienie oczekiwań społeczności lokalnych uwzględniających potrzeby osób starszych.

6. Integrować różne środowiska na rzecz pomocy innym, w tym osobom starszym; jednocześnie należy angażować ludzi w podeszłym wieku w aktywność na rzecz społeczności lokalnych.

7. Rozwijać współpracę międzysektorową i integrować działania w zakresie promocji zdrowia (również osób starszych) na różnych szczeblach administracji, opieki zdrowotnej i pomocy społecznej.

Należy mieć nadzieję, że wymienione postulaty zostaną zawarte w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2006–2015, a działania z zakresu promocji zdrowia zarówno zdrowych osób starszych, jak i wymagających opieki długoterminowej, będą aktywniej rozwijane [MZ i PZH, 2005].